Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Breslau.
Stellvertretender Direktor: Dozent Dr. Wagner

Das psychische Bild bei Kindern mit Hirntumoren

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades
der Hohen Medizinischen Fakultät der Schlesischen
Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Elfriede Ochsenfahrt
Hilfsärztin an der sächsischen Landesanstalt zu Großschweidnitz

Breslau 1940

Dissertationsdruckerei R. Nischkowsky (v. Heydebrand)

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der
Universität Breslau.

---

1. Referent: Doz. Dr. Wagner
2. Referent: Prof. Dr. Foerster
Dekan: Prof. Dr. Gottron

R.UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen Eltern

gewidmet

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545813_0133

In seinem Aufsatz „Die verschiedenen Lebensabschnitte in ihrer Auswirkung auf das psychische Krankheitsbild" führt Bostroem unter anderem folgendes aus: „Wir wissen, daß auch organische Krankheiten in ihrer unmittelbaren psychischen Symptomatologie nicht immer gleichmäßig sind, daß sie z. B. bei Kindern anders aussehen können als bei Erwachsenen, das zeigen unter anderem die kindlichen Hirntumoren. Hier ist es interessant zu sehen, daß bei Kindern die allgemeine Benommenheit und Schwerbesinnlichkeit kaum oder erst ganz spät auftritt. Trotz hohen Hirndrucks zeigen die Kinder vielmehr oft eine Attenz, eine gute Auffassung und eine im Vergleich zur Schwere des Krankheitsbildes oft erstaunliche Regsamkeit und Lebhaftigkeit . . . . ich muß sagen, daß ich diese Beobachtung seitdem auch immer wieder bestätigt gefunden habe. Diese Kinder fallen namentlich im Rahmen einer Station mit schwerkranken, gehemmten oder bedrückten Erwachsenen ganz besonders durch ihre Regsamkeit auf." Der gleiche Autor sagte bereits im Jahre 1929 auf der Badener Versammlung: „Grundsätzlich interessant und praktisch wichtig ist es, daß man diese Benommenheit und allgemeine Verlangsamung bei Kindern, die an Hirntumor leiden, in den meisten Fällen vermißt. Bei zwei Dritteln unseres Kindermaterials war vielmehr eine auffallend gute Ansprechbarkeit, eine überraschend prompte Auffassung und eine gewisse Lebhaftigkeit zu beobachten, während Zeichen von Benommenheit fehlten. Dieser Zustand hielt annähernd bis in die letzten Stadien an."

Im folgenden soll nun versucht werden, festzustellen, inwieweit diese Beobachtungen auch auf das der Arbeit zugrunde liegende Material zutreffen. Dieses umfaßt 35 Fälle, die sich aus 29 Fällen der Breslauer Universitäts-Nervenklinik in den Jahren 1929—1939 und aus sechs selbst explorierten Fällen zusammensetzt. Bei den letzteren handelt es sich um je zwei Fälle der Universitäts-Nervenklinik und der Medizinischen Universitätsklinik zu Breslau, ferner um je einen Fall aus der Chirurgischen Universitätsklinik und aus der psychiatrisch-neurologischen Abteilung des Wenzel-Hancke-Krankenhauses

zu Breslau. Die ursprünglich höhere Zahl der selbst explorierten Fälle verringerte sich dadurch, daß sich bei mehreren Kindern die zunächst gestellte Diagnose „Hirntumor" nicht bestätigte. Die 35 Kinder befinden sich im Alter von 2—17 Jahren. Die obere Altersgrenze wurde so hoch gewählt, um eventuell noch den Umschlagspunkt von dem psychischen Bild bei Kindern zu dem der Erwachsenen zu fassen.

Die oben erwähnten 29 Fälle der Universitäts-Nervenklinik setzen sich aus 16 Knaben und 13 Mädchen zusammen. Um eventuelle Unterschiede herauszustellen, haben wir es für zweckmäßig gehalten, die obigen Fälle in drei Altersklassen einzuteilen entsprechend jenen Einschnitten, die die Schulzeit im Leben eines Kindes hervorruft. Es ergibt sich dann folgende tabellarische Übersicht:

Tabelle 1.

Kleinkinder 1 bis 6 Jahre	Mädchen 2	Knaben 2	insgesamt 4
Schulkinder 6 bis 14 Jahre	8	10	18
Schulentlassene	3	4	7

Die beiden Knaben der ersten Gruppe stehen in einem Alter von drei und fünf Jahren, die beiden Mädchen sind zwei und fünf Jahre alt. Der klinische — auch autoptisch sichergestellte — Befund ergibt bei den Knaben ein Craniopharyngeom bzw. ein Gliom des rechten Occipitallappens, bei den Mädchen ebenfalls ein Craniopharyngeom und im zweiten Fall ein Astrocytom des Kleinhirns.

In der vorklinischen Anamnese der Kinder finden sich an gemeinsamen Symptomen: schwere, periodenweise auftretende Kopfschmerzen, starkes Nachlassen des Sehvermögens, Erbrechen, Gangstörungen und epileptiforme Krämpfe.

Was das psychische Bild der Knaben anbelangt, so konnten wir folgende Feststellungen machen: Die Stimmung der Kinder ist in beiden Fällen durchaus heiter, aufgeschlossen und zutraulich zu nennen. So hören sie mit sichtlichem Vergnügen den Märchen zu, die ihnen von ihrer Umgebung erzählt werden. Von der Nörglichkeit, die sonst erkrankte Kinder so unleidlich macht, merkt man bei ihnen nur dann etwas, wenn an ihnen eine Unter-

suchung — besonders am Kopf — vorgenommen werden soll. Dann verhalten sich beide Kinder abwehrend, ängstlich und gereizt. Nach dem Grund befragt erklärt der fünfjährige H. J.: Der Kopf tue weh, den dürfe man nicht anfassen. Läßt man davon ab, so sind die Kinder sofort wieder lustig und guter Dinge. Ein schweres Krankheitsgefühl ist in beiden Fällen nicht festzustellen. Auch die schwere Sehstörung, die vor allen Dingen bei dem fünfjährigen Knaben durch Danebengreifen, Verkennen von Gegenständen und dadurch bedingtes häufiges Erschrecken in Erscheinung tritt, kann ihn keineswegs in seiner frohen Stimmung beeinträchtigen. Auf Befragen erklärt der Junge: „Ich sehe schon ganz gut, bloß nicht so ganz richtig."

Das motorische Geschehen verhält sich in beiden Fällen verschieden. Der dreijährige H. P. liegt mit interessiertheiterem Gesichtsausdruck und relativ bewegungsarm in seinem Bett. Sprachliche Äußerungen sind von ihm so gut wie gar nicht zu erreichen. Auf Fragen reagiert er nur mit einem vergnügten Lächeln. Nach Angaben der Eltern reicht dieses Verhalten schon in die letzten vier Wochen vor der Klinikaufnahme zurück. Ganz im Gegensatz dazu steht das motorische Verhalten des fünf Jahre alten H. J. Hier finden wir eine vergnügte Geschäftigkeit und Lebhaftigkeit. Es ist nicht möglich, ihn auf längere Zeit ruhig an seinem Platz zu halten. Er springt alle Augenblicke auf, beschäftigt sich nur kurze Zeit mit dem, was ihm gerade vor die Finger kommt, um wenige Minuten später schon wieder wo anders zu sein. Diese Betriebsamkeit erfährt meist noch eine Steigerung in den späten Abendstunden. Das Schlafbedürfnis des Kindes ist stark herabgesetzt, die Nahrungsaufnahme erfolgt hastig und gierig. Bei dem dreijährigen H. P. zeigen diese vitalen Triebe keine Abweichung von der Norm. Das Bewußtsein ist bis in das letzte Stadium der Erkrankung hinein in beiden Fällen nicht gestört. Auch der dreijährige H. P., der fast mutistisch in seinem Bett liegt, faßt vorgehaltene Gegenstände — wie aus seinem bewegten Mienenspiel und seinem motorischen Verhalten hervorgeht — völlig richtig auf. So greift er z. B. nach dem Teddybär und legt ihn sich in den Arm, so steckt er Schokolade mit sichtlichem Behagen in den Mund oder nimmt die dargebotene Taschenuhr und legt sie an sein Ohr. Die mehr verstandesmäßigen Fähigkeiten zeigen — soweit prüfbar — keine Störung. Die Gedanken werden sinngemäß aneinandergereiht, die Antworten des älteren Knaben erfolgen prompt, der Zusammenhang mit der jeweiligen Frage bleibt durchaus gewahrt.

Die Äußerungen des Kindes zeigen sogar eine für sein Alter überraschende humorvolle Kritik. Das Gedächtnis — soweit es bei diesen jungen Kindern schon ausgebildet ist — zeigt keine Abwegigkeit.

Während des klinischen Verlaufes bis zur Operation änderte sich das skizzierte psychische Zustandsbild wie folgt: Die heitere Grundstimmung ohne tieferes Krankheitsgefühl bleibt im wesentlichen erhalten bis auf kurzdauernde traurig-gereizte Verstimmungen, die zeitlich hauptsächlich in den Abend- und zeitigen Morgenstunden liegen. Das Bewußtsein wird in beiden Fällen durch häufige Absencen gestört. Die Sprache erscheint bei dem älteren Jungen deutlich verlangsamt. Bemerkenswert ist eine zunehmende Unsauberkeit der beiden Knaben.

Das psychische Zustandbild der beiden Mädchen dieser ersten Gruppe ähnelt in weitgehendem Maße dem der Knaben, und zwar besonders dem Verhalten des dreijährigen H. P. Auch hier findet sich — wohl auf Grund des mangelnden schweren Krankheitsgefühls eine stille Heiterkeit, die allerdings auch nur im Mienenspiel ihren Ausdruck findet. Wie in jenem Fall so sind auch hier sprachliche Äußerungen äußerst selten. Auch die Motorik ist auf ein Minimum herabgesetzt. Hier wie dort liegen die Kinder bewegungsarm im Bett, Untersuchungen des Kopfes sowie überhaupt Änderungen in der wagerechten Körperlage finden ebenfalls einen ängstlich-erregten Widerstand. Bei dieser Gelegenheit wird auch die Sprachhemmung in beiden Fällen durchbrochen; in Ausrufen wie z. B. „nein" und „tut weh" prägt sich die dann vorherrschende Angst aus. Bewußtsein, Auffassung, Gedankenablauf und Gedächtnis sind — soweit man das prüfen kann — nicht gestört. Der weitere Verlauf bis zur Operation zeigte keine wesentlichen Unterschiede gegenüber dem der vorher besprochenen Knaben.

Bei der zweiten Altersklasse handelt es sich — wie schon erwähnt — um 10 Knaben und 8 Mädchen im Alter von 6 bis 14 Jahren. Bei den ersteren finden sich folgende klinisch erhobene und in 8 von 10 Fällen autoptisch bestätigte Diagnosen: 3 Medulloblastome, 2 Ependymome, 2 Craniopharygeome, 2 Astrocytome und 1 Kleinhirn-Brückenwinkeltumor. Hinsichtlich der psychischen Symptomatologie läßt sich folgendes feststellen:

In 8 von 10 Fällen reagiert das kindliche Hirn auf das Krankheitsgeschehen mit einer auffallenden Euphorie und einer triebhaften Zuwendung zur Umwelt. Bettlägerig scherzen

und lachen die Kinder mit den Vorübergehenden; gestattet ihr Zustand das Außerbettsein, so bieten sie sich eifrig drängend zu allerlei kleinen Handreichungen an, obgleich ihre Orientierung im Raum bei der sehr häufig bestehenden Stauungspapille bzw. Opticusatrophie an große Schwierigkeiten gebunden ist. Sie haben mitfühlendes Verstehen für die Schmerzensäußerungen der meist viel älteren Saalgenossen und bilden in ihrer frohsinnigen Art das belebende Element auf der Station. In krassem Gegensatz zu diesem Wissen und Empfinden um das Kranksein anderer steht das völlig fehlende Krankheitsgefühl dem eigenen Zustand gegenüber. Die Kinder vermeiden es sichtlich, über ihr Befinden zu sprechen, das ja ihrem Empfinden nach gar nichts krankhaftes aufweist. Auch das immer schlechter werdende Sehvermögen vermag sie fast nie oder nur für ganz kurze Zeit in ihrer Euphorie wankend zu machen und sie zur Ernstwertung ihres Zustandes zu veranlassen. Wir können sogar öfters die Feststellung machen, daß an Hirntumor erkrankte Kinder mit weitgehend reduziertem Sehvermögen durch dauerndes Training von Gedächtnis, Raum- und Tastsinn ihre Angehörigen lange Zeit über ihren wahren Zustand im Unklaren ließen. So wunderten sich bei dem achtjährigen H. T. Eltern und Lehrer über die stark wechselnden Schulleistungen. Erst nach langer Zeit fiel es dem Lehrer auf, daß das Kind schon mehrmals gelesene und besprochene Abschnitte des Lesebuches scheinbar fließend vorlas, während es bei neu vorgelegtem Text glatt versagte. Mehrmalige Proben erwiesen mit Sicherheit, daß das Wissen des Kindes nur auf seinem Gedächtnis basierte. Um bei schriftlichen Arbeiten sein schlechtes Sehen nicht auffällig werden zu lassen, versuchte das Kind durch regelmäßiges Vorrücken des Lineals oder Löschblattes einigermaßen gerade und zeilengerecht zu schreiben. Da natürlich nicht immer der vorgeschriebene Zeilenabstand getroffen wurde, mußte das Kind manchen Tadel über Liederlichkeit einstecken, bis die ärztliche Untersuchung Klarheit schaffte. Dieser Mangel an Krankheitsgefühl und -einsicht wird auch in den meisten Fällen bei der täglichen Visite bemerkt. Die Kinder geben dann immer an: es gehe ihnen gut, ihnen fehle doch eigentlich nichts. Kopfschmerzen hätten sie zwar, aber die gingen doch wieder weg. Fragt man in den Fällen, die mit starken Augensymptomen einhergehen, nach dem Sehen, so erhält man von fast allen Kindern die beinahe stereotype Antwort: ehe gehe ihnen schon viel besser, sie könnten alles erkennen. Beweist man ihnen durch Vorlegen eines neuen Gegenstands das Gegen-

teil, so lächeln sie entweder verlegen oder sagen kleinlaut, so richtig wäre es ja noch nicht, aber das würde schon werden.

Abweichend von dem oben Gesagten verhalten sich zwei Knaben der gleichen Altersklasse. W. B. 11 Jahre alt, findet im Gegensatz zu den übrigen keine positive Bindung zu seiner Umgebung. Er währt jede Beschäftigung mit seiner Person triebhaft ab und macht auch von sich aus keinerlei Anstalten seiner Umwelt irgendwie näher zu kommen. Die Zutraulichkeit und Aufgeschlossenheit, die die übrigen Fälle charakterisieren, sind bei ihm in triebhafte Feindseligkeit und Mißtrauen umgekehrt, die häufig in impulsiven Ausbrüchen (grundlosem Zuschlagen) zur Entladung drängen. — Etwas abweichend von diesem ersten Fall, der seiner gesamten Umwelt triebhaft ablehnend gegenübersteht, verhält sich der achtjährige Knabe H. Tsch. Hier hat das Zugehörigkeitsgefühl und die damit verbundene affektive Einstellung die Richtung gewechselt. Seine Eltern, vor allem seinen Vater, lehnt er plötzlich ohne Grund haßerfüllt ab, in der Klinik ist das Kind zu seiner Umgebung auffallend anschmiegsam, freundlich und zutraulich.

Zum Abschluß der Besprechung der triebhaft-affektiven Seite des psychischen Bildes streifen wir noch kurz zwei vitale Triebe, den Hunger- und Schlaftrieb. Der erstere erfährt bei sämtlichen 10 Knaben der zweiten Altersklasse eine Steigerung teilweise bis zum Heißhunger. Die Mahlzeiten werden im Gegensatz zu andersartig schwer erkrankten Kindern in auffallend hastiger und gieriger Weise zu sich genommen. — Eine sehr interessante Feststellung kann hinsichtlich des Schlafbedürfnisses bei denselben Kindern gemacht werden. In sechs von 10 Fällen zeigt sich eine deutliche Verschiebung der Schlafzeiten. Sich selbst überlassen, ohne Einwirkung seitens der Umwelt, suchen die Kinder tagsüber vielfach den Schlaf. In den späteren Abendstunden (9. bis 11. Stunde) sind sie dagegen sehr lebhaft. Hinzu kommt folgende Beobachtung: In allen 10 Fällen dieser Gruppe wird eine auffallende Verschlechterung des Allgemeinbefindens in den späteren Abend- und Nachtstunden bemerkt, sei es, daß sich dann schon tagsüber bestehende, aber von den Patienten nicht schwer empfundene Krankheitssymptome verstärken (Kopfschmerzen, Erbrechen), sei es, daß erst überhaupt zu dieser Zeit für den Kranken unangenehme und schmerzhafte Sensationen auftreten. Interessanterweise erreichen zu dieser Zeit auch die triebhaft-affektiven Äußerungen der Psyche und — wie später noch gezeigt — die geistige Resamkeit ihr jeweiliges Tagestief. Die Kinder werden gegen ihre Umgebung ablehnend und

gereizt, Dinge, die ihnen Stunden vorher viel Freude gemacht haben, werden energisch abgewehrt oder sinnlos zerstört. In diesem Zustand leiden die Kinder auch sichtlich und geben dem auch Ausdruck. Gefragt, wo es denn weh tut, zeigen sie auf den Kopf und lokalisieren z. T. genau das Punctum maximum. Es ist nun deutliches Krankheitsgefühl und Krankheitsbewußtsein vorhanden. Das Wissen um das Kranksein wird allerdings bald nach dem Abklingen der Schmerzparoxysmen von dem schon beschriebenen endogenen Frohsinn in den Hintergrund gedrängt.

Im weiteren Verlauf des Krankheitsprozesses ändert sich das psychische Bild hinsichtlich der affektiv-triebhaften Seite wie folgt: Bei den acht bis zur Operaton verfolgten Fällen zeigen drei in den letzten drei Tagen vor dem Eingriff eine Verschlechterung, die Kinder wurden stumpfer und apathischer und zeigten ein deutliches Krankheitsgefühl. Es handelt sich da um die Fälle mit auffallend rasch zunehmenden Hirndrucksymptomen. Die übrigen fünf Kinder blieben voll frohsinniger Betriebsamkeit bis zum Schluß. Auch die in Aussicht genommene Operation, von der sie teilweise durch die Angehörigen erfuhren, konnte ihrer Euphorie keinen Abbruch tun. Nach der Operation ließ sich ein klares psychisches Bild nicht mehr herausschälen, da die Kinder sämtlich ad exitum kamen. Bei den restlichen zwei Knaben dieser Altersgruppe handelt es sich um einen bestrahlten Fall und zweitens um einen gegen ärztlichen Rat in häusliche Pflege genommenen Knaben. In beiden Fällen blieb die heitere Betriebsamkeit noch einige Zeit bestehen, um schließlich in Affektarmut, Apathie und Stumpfheit überzugehen.

Was nun die Einwirkung des Krankheitsgeschehens auf die rein geistig-intelektuelle Seite der Psyche anbelangt, so läßt sich folgendes sagen: Bei 4 von 10 Knaben der zweiten Altersklasse (6—14 Jahre) findet sich bereits bei der Klinikaufnahme eine deutliche Verlangsamung im Gedankenablauf und der jeweils daran gekoppelten Motorik. Fragen und Aufträge werden erst nach geraumer Zeit beantwortet bzw. ausgeführt, dann aber inhaltlich richtig. Bleibt man einige Zeit beim gleichen Thema, so hat man durchaus den Eindruck, als ob nach einer gewissen Einlaufzeit das Denken rascher und ungehemmter vonstatten gehe; die Redeweise der Kinder wird flüssiger und reicher, das gedanklich verankerte Handeln freier und zielsicherer. Bei den übrigen sechs Knaben dieser Altersgruppe fehlt die eben erwähnte anfängliche Verlangsamung.

Das Bewußtsein der Kinder ist in sämtlichen 10 Fällen

nicht gestört, sie sind zeitlich, örtlich und persönlich völlig orientiert.

Bei der Prüfung des Gedächtnisses zeigt sich bei acht Knaben der zweiten Altersklasse keine Lückenbildung. Bei den restlichen zwei Knaben findet sich eine deutliche Schwäche des Zahlengedächtnisses, die sich auch in den Reproduktions- und Merkfähigkeitsproben herausstellt.

Die Untersuchungen hinsichtlich des Schul- und Allgemeinwissens zeigen durchaus gute Resultate. In zwei Fällen geben die Kinder sogar Antworten, die von einer weit über ihr Alter hinausgehenden Reife und Urteilsfähigkeit zeugen, eine Tatsache, die auch von den Eltern und Lehrern hervorgehoben wird. Auch hier zeigt es sich wieder, daß ebenso wie die triebhaft emotionellen Leistungen auch das intellektuelle Leistungsvermögen Tagesschwankungen unterliegt. Es hat sein Tief in den letzten Abendstunden. Die Kinder sind dann schwer zu fixieren, die Attenz ist stark herabgesetzt. Fragen werden zum größten Teil falsch oder nur mit „ja" und „nein" beantwortet, Befehle werden nicht sinngemäß ausgeführt. Im weiteren Fortschreiten der Erkrankung wird das Niveau der geistigen Leistungskurve im ganzen niedriger und demzufolge die einzelnen Tagesschwankungen flacher. Einen besonders raschen Niedergang in dieser Hinsicht zeigten die bereits auf Seite 11 erwähnten drei Knaben mit sehr rasch sich steigerndem Hirndruck. Sie wurden in den letzten acht Tagen vor der Operation deutlich fortschreitend niedergeführt.

Bei den Mädchen der zweiten Altersklasse handelt es sich um acht Fälle. In der Anamnese fanden sich durchweg Klagen über starke Kopfschmerzen, Erbrechen und Sehstörungen. Außerdem zeigten drei Mädchen Gangstörungen und zwei leichte epileptiforme Krämpfe. Pathologisch - anatomisch handelte es sich um ein Teratom der Schädelbasis, zwei Craniopharyngeome, zwei Medulloblastome, ein Ependymon, ein Glioblastom des Occipitallappens und um ein Astrocytom des Kleinhirns.

Bei einem Gesamtüberblick kann man sofort feststellen, daß das psychische Verhalten in den Grundlinien mit dem der Knaben übereinstimmt bis auf einige feinere Unterschiede. So zeigen nur zwei Mädchen im Alter von sechs und acht Jahren dieselbe übersprudelnde frohsinnig-lebhafte Stimmung, wie wir sie bei den Knaben derselben Gruppe feststellen können. Auch sie sind immer für Spiel und Scherz ihrer Umgebung zu haben, dem Pflegepersonal suchen sie durch allerlei Handreichungen behilflich zu sein. Dem Arzt erzählen beide bei der Visite mit

strahlendem Gesicht, es gehe ihnen doch gut, wann sie nun wieder heim könnten. Dabei bestehen auch hier schwere Augenhintergrundsveränderungen mit starker Herabsetzung des Sehvermögens. Das Erbrechen, die anfallsweise starken Kopfschmerzen und Schwindelanfälle werden auch hier im Augenblick des Auftretens als Kranksein empfunden. Bei der nächsten Visite werden sie aber schon mit den Worten abgetan, es sei ihnen nur ein bißchen schlecht gewesen. Die übrigen sechs Mädchen zeigten sich affektiv unauffälliger. Sie hielten sich im Ganzen mehr zurück, waren stiller und ruhiger. Unterstrichen wurde diese Haltung durch eine relative Bewegungsarmut. Der dadurch entstehende Verdacht einer traurigen Verstimmung wird widerlegt durch das sonstige psychische Symptomenbild. So bekunden sie in der Unterhaltung eine durchaus mangelhafte Ernstwertung ihres Zustandes. Wie wenig ausgeprägt das Krankheitsgefühl ist, zeigt z. B. die neunjährige H. P., die öfters bittet, man möge ihr eine Brille verschreiben, dann könne sie sofort aus der Klinik heraus und wieder zur Schule gehen. Schließlich fehle ihr doch weiter nichts, als daß sie etwas schlecht sähe.

Der Essenstrieb ist in keinem der Fälle herabgesetzt, fünf der Kinder essen sogar auffallend viel und hastig. Was das Schlafbedürfnis anbelangt, so findet sich in vier von acht Fällen die schon in früheren Abschnitten beschriebene Gezeitenververschiebung. Eine Bewußtseinseinschränkung findet sich zunächst bei keinem der acht Mädchen, die Auffassung von Fragen geschieht rasch, die Antworten sind kurz aber inhaltlich richtig. Das Schul- und Allgemeinwissen entspricht ihrem jeweiligen Intelligenzalter. Nur das Operieren mit Zahlen stößt bei fünf der Mädchen auf Schwierigkeiten.

Im weiteren Verlauf des Krankheitsgeschehens bis zum Zeitpunkt der Operation zeigten vier Mädchen der zweiten Altersklasse keine wesentliche Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes, die vier anderen zeigten ungefähr eine Woche vor dem Eingriff ein zunehmendes Nachlassen sämtlicher psychischen Leistungen.

In der dritten Altersklasse befinden sich insgesamt drei weibliche Fälle. Es handelt sich um ein 15jähriges Mädchen mit einem autoptisch sicher gestellten Glioblastom des rechten Occipitallappens, ferner um zwei 17jährige Mädchen mit einem Kleinhirntumor rechts bzw. einem tiefsitzenden Stirnhirntumor rechts.

Die euphorische Stimmung eines großen Teiles der jüngeren Kinder findet sich in keinem Fall. Die Mädchen

zeigen eine traurig-gedrückte Stimmungslage. Der Gesichtsausdruck ist ängstlich versorgt. Sie wissen nichts Rechtes mit sich anzufangen, hocken sichtlich gehemmt auf ihrem Platz ohne sonderliches Interesse für das Geschehen um sie herum. Gefragt äußern sie mit leiser Stimme Klagen über folternde Kopfschmerzen, immer schlechter werdendes Sehvermögen, Übelsein und teilweise auch über „Unsicherheit in den Beinen". Sie empfinden ihren Zustand sichtlich als schwer und haben in zwei Fällen (die beiden 17jährigen Mädchen) keinerlei Hoffnung, daß es noch einmal besser werden könnte. „Lebend komme ich kaum mehr raus" und „wenn's nicht bald zu Ende geht, werde ich vorher noch verrückt mit diesen fürchterlichen Kopfschmerzen!" sind zwei Äußerungen, die die Stimmungslage beleuchten. Verstärkt wird dieser Eindruck bei Besuchen der Eltern. Auch da behält die tiefe Niedergeschlagenheit die Oberhand. Der inneren Verbundenheit und Freude wird seitens der Mädchen keinerlei Ausdruck gegeben. Es besteht ein gewisses Fremdheitsgefühl zwischen Eltern und erkranktem Kind. Äußert doch in dem Fall M. L. die Mutter: „Das Kind hat sich in der letzten Zeit sehr geändert. Es ist, als gehöre es nicht mehr zu uns!" In einem Fall fühlt sich das Mädchen sichtlich gequält durch die Besuche der Angehörigen. „Die fragen immer so viel, wo ich doch dabei nicht mehr so rasch mitkomme!"

Eine Verlangsamung finden wir in allen drei Fällen, sie erstreckt sich auf nahezu alle psychischen Funktionen. Die Kranken sitzen meist still und antriebsarm auf ihrem Platz, wechseln spontan nur sehr wenig ihre Haltung. Der Aufforderung, irgendeine Handlung vorzunehmen, folgen sie verlangsamt und sichtlich gegen einen inneren Widerstand anarbeitend. Zur Beschleunigung ermuntert werden zwei der Kranken sichtlich verlegen und geben selbst zu, es ginge nicht mehr so rasch wie früher.

Auch die Auffassung ist schon früh deutlich verlangsamt. Antworten erhält man meist erst nach mehrmaligem Fragen. Inhaltlich sind die Antworten aber richtig und wahren den sinnvollen Zusammenhang. Die Sprache selbst scheint schwerfällig, bei konsonantenreichen Worten kommen die Kranken ins Stottern. Der Sprachschatz selbst ist nicht sehr reichhaltig. Das Schul- und Allgemeinwissen ist gegen früher nicht verringert, nur das Umgehen und Rechnen mit Zahlen macht Schwierigkeiten. Hinsichtlich des Gedächtnisses finden wir in allen Fällen eine Schwerbesinnlichkeit und eine Einengung

in Bezug auf die jüngste Vergangenheit und an Zahlen gebundenes Geschehen. Das Bewußtsein der Kranken ist zunächst nicht gestört, sie sind zeitlich und örtlich durchaus orientiert.

Wie in den schon früher besprochenen Fällen findet sich auch hier eine deutliche Abhängigkeit der gesamten psychischen Funktionen vom Hirndruck. Bei der verhältnismäßig raschen Zunahme des Druckes in allen drei Fällen wird der psychische Zustand dauernd schlechter. Die Kranken werden sichtlich stumpfer und affektärmer. In einem der drei Fälle wird die Kranke auffällig durch Zwangslachen und Zwangsweinen. Es treten gehäufte Absencen auf, die allmählich zu stundenlanger Benommenheit überleiten. Lumbalpuktionen ergeben im Durchschnitt einen Druck von 450 mm. Senkt man den Druck, so leben die Kranken sichtlich auf, die Attenz nimmt zu, die Mädchen werden interessierter, ansprechbarer, und die Stimmung ist fast heiter zu nennen. So konnte durch Senken des Hirndruckes in zwei von drei Fällen — einmal durch Entlastungstrepanation, das andere Mal durch Bestrahlen — eine zwei bis drei Monate andauernde Besserung erzielt werden. Der endgültige Verfall konnte aber auch nicht aufgehalten werden.

Den drei Mädchen dieser letzten Gruppe stehen vier Jungen gegenüber. (Alter 15 bis 17 Jahre.) Klinisch und pathologisch handelt es sich um zwei Craniopharyngeome (stark infiltrierend wachsend), um ein Glioblastom des rechten Scheitellappens und um ein Astrocytom der rechten Kleinhirnhemisphäre.

In psychischer Hinsicht finden sich hier deutliche Unterschiede gegenüber den gleichaltrigen Mädchen. Die traurige Verstimmtheit und Abulie, die dort im Vordergrund stand, zeigt nur einer der vier Knaben. Die übrigen drei ähneln durchaus in ihrem psychischen Symptomenbild den Knaben der zweiten Gruppe. Sie zeigen eine Freudigkeit und einen Übermut, die der Schwere des vorhandenen Krankheitsbildes in keiner Weise entsprechen. Mit ihrer Umgebung sind sie schon nach kurzer Zeit in freundschaftlichem Kontakt, durch allerlei Taschenspielerkunststückchen, Witze und Neckereien suchen sie sich zum Mittelpunkt des Saales zu machen. Diese euphorische Betriebsamkeit, die das hervorstechendste Merkmal ihres psychischen Verhaltens bildet, wird durch keinerlei Krankheitseinsicht herabgesetzt. — Eine Verlangsamung im Denken und Handeln ist zunächst nicht festzustellen bis auf eine leichte Verzögerung der Wortbildung. Gedächtnis, Merk-

fähigkeit und Schulwissen sind intakt, auch das Bewußtsein ist nicht gestört. Hinsichtlich der vitalen Triebe ist folgendes zu bemerken: In zwei von vier Fällen zeigt sich eine deutliche Gezeitenverschiebung, wie sie bereits in früheren Abschnitten beschrieben wurde. Ebenso wie dort steht auch hier einer erhöhten Schlafbereitschaft am Tage ein gesteigerter Bewegungs- und Beschäftigungsdrang in den Nachmittags- und Abendstunden gegenüber. So wollen sie zu der Zeit z. B. Schachspielen, lesen oder gar ihre Sachen haben um spazieren zu gehen. Die Kranken bestätigen selbst zum Teil, daß schon in den letzten vier bis fünf Wochen vor der Klinikaufnahme ihnen zur normalen Schlafenszeit das Müdigkeitsgefühl gefehlt habe. Sonst sei das angeblich nie der Fall gewesen.

Was das Essen anbelangt, so haben alle vier Jungen einen sehr guten Appetit, sie nehmen aber ihre Mahlzeiten auffallend rasch und formlos zu sich. Abgesehen von den täglichen Schwankungen des Allgemeinzustandes und den damit gekoppelten vorübergehenden Änderungen im psychischen Verhalten erleidet der gesamte psychische Status bei längerem Bestehen des krankhaften Zustandes einschneidende Veränderungen. Bei zwei Kranken dieser Gruppe, die verhältnismäßig früh zur Operation kamen, finden wir bei einem Erhaltenbleiben der heiteren Stimmung nur ein geringfügiges Nachlassen der geistigen Funktionen. Die übrigen beiden Kranken konnten über längere Zeit beobachtet werden, da der eine nach einer Palliativoperation einer Heilanstalt überwiesen wurde und bei dem anderen eine Röntgentiefenbestrahlung vorgenommen wurde. Bei beiden tritt ein rascher Rückgang der psychischen Funktionen ein, so daß sie bald das Bild einer schweren Demenz zeigen.

Bei den Fällen eigener Beobachtung handelt es sich um insgesamt sechs Kinder, und zwar zwei Mädchen im Alter von zwei und drei Jahren und um vier Knaben, die sämtlich im Alter von 12 bis 14 Jahren stehen.

Fall I.

R. S. 2 Jahre alt ♀

Geburt normal. Nach Angaben der Mutter verspätet laufen gelernt. Bis auf Masern nie ernstlich krank gewesen. Die jetzige Erkrankung begann vor ungefähr vier Monaten. Den Eltern fiel auf, daß das Kind unsicher lief und beim Greifen nach Gegenständen häufig daneben faßte. Es stieß sich beim Umherlaufen öfters an Möbelecken. Der taumelnde Gang führte schließlich zu dauernder Bettlägerigkeit. R. S. war durchaus heiter und vergnügter Stimmung. Übertags schlief sie viel, wurde gegen Abend meist lebhafter und munterer. Wimmerte gelegentlich vor sich

hin, faßte sich dann häufig an den Kopf. Ferner fiel es auf, daß der Kopf des Kindes zunehmend größer wurde. Auf ärztlichen Rat in die Klinik eingewiesen.

Befund: Starke Venenstauung am Kopf, Nähte deutlich verbreitert, große Fontanelle stark vorgetrieben. Beiderseits erhebliche Protrusio bulbi. Neurologisch: Schädel sehr druck- und klopfschmerzhaft, Schettern über beiden Scheitelbeinen, Reflexe insgesamt etwas gesteigert. Pathologische Reflexe nicht auslösbar. Augenspiegelbefund: Starke Stauungspapille beiderseits mit beginnender Opticusatrophie. Das Röntgenbild zeigt einen starken Druckschädel.

Psychischer Befund: Stillvergnügtes Kind, das ruhig in seinem Bett liegt und tagsüber viel schläft bzw. sich interessiert mit seinen Spielsachen beschäftigt. Im allgemeinen kein Krankheitsgefühl. Von außen aufgezwungene Änderungen seiner Körperhaltung wehrt es ängstlich ab, da ihm dadurch sichtlich schwere Schmerzen zugefügt werden. Sprachliche Äußerungen sind von dem Kinde nicht zu erhalten. Es reagiert auf jede Zuwendung seiner Umgebung mit einem Lächeln. Auffassung und Gedächtnis sind — soweit man das beurteilen kann — nicht gestört. Der Appetit des Kindes zeigt keine Verringerung gegen früher.

Im weiteren Verlauf des Krankheitsgeschehens änderte sich das psychische Zustandsbild. Das Kind wurde zunehmend apathischer, das Bewußtsein wurde durch immer häufiger auftretende Absencen gestört. Nahezu unstillbares Erbrechen nahm das Kind auch körperlich sehr mit. Die vorgenommene Operation wurde gut überstanden. Kurze Zeit darauf Exitus durch Atemlähmung. Die Sektion ergab ein Medulloblstom des Kleinhirns rechts.

Fall II.

I. R. $3^1/_3$ Jahre alt ♀

F. A. ohne Besonderheit. E. A. Geburt regelrecht, anschließend gute Entwicklung. Laufen nicht verspätet gelernt. Bis auf Diphtherie und Keuchhusten nicht ernstlich krank gewesen. Seit drei Wochen „torkliger" Gang und plötzliches lang andauerndes Erbrechen ohne Zusammenhang mit einer Magen-Darmerkrankung. Seit kurzem sich entwickelnde Schielstellung des linken Auges. Somatischer Befund o. B., neurologisch findet sich eine Hyperästhesie des ganzen Körpers, besonders des Kopfes. Schettern nicht einwandfrei festzustellen. Linkes Auge erheblich nach links abgewichen und vorgetrieben. Pupillen reagieren, wenn auch etwas träge. Sonstige Reflexe o. B. Gang sehr unsicher. Im Augenhintergrundsbild deutliche Stauungspapille von rechts 3, links 4,5 Dioptrien. Das Röntgenbild zeigt erheblich klaffende Schädelnähte, deutliche Impressiones digitatae und eine auffallend weite Sella, deren hintere Konturen verwaschen sind. Die Diagnose wird auf einen supraselläreu Tumor gestellt, die größte Wahrscheinlichkeit wird einem Craniopharyngeom zugestanden.

Psychisches Symptomenbild: Lebhaftes Kind, das mit interessiertem Gesichtsausdruck auf alles achtet, was in seiner Umgebung vorgeht. Mit sprachlichen Äußerungen ist es sehr sparsam. Fragen beantwortet es meist nur mit einem Wort. Zum Laufen ist es nicht viel zu bewegen, es fühlt sich sichtlich am wohlsten, wenn es in seinem Bettchen hocken kann. Eine traurige Verstimmung auf Grund eines schweren Krankheitsgefühls besteht nicht. Das nörgliche, weinerliche Wesen sonst kranker Kinder kommt hier nur dann zum Ausdruck, wenn zum Zweck der

Untersuchung der Kopf des Mädchens angefaßt werden muß. Im allgemeinen herrscht im Verhalten des Kindes eine gute Laune vor, die zu der Schwere der Erkrankung in keinem Verhältnis steht. Auffassung und Gedächtnis entsprechen durchaus dem Intelligenzgrad, den man bei einem so jungen Kind voraussetzen darf. So zeigt es richtig und prompt seine verschiedenen Körperteile und weiß seine vielen Gummitiere richtig zu benennen. Die gesamten psychischen Leistungen schwanken im Verlaufe des Tages, sie nehmen gegen Abend ab. Das Kind wird dann abweisend, weinerlich und schlecht ansprechbar. — Im Laufe des klinischen Aufenthaltes trat mit steigendem Hirndruck auch eine stetige Verschlechterung des psychischen Zustandes ein. Das Kind lag meist still auf einer Seite, wenn man es aufrichten wollte, begann es sofort zu weinen. Auf Anrede reagierte es nur noch selten, und dann nur mit einem Lächeln. Zunehmende Apathie, Ermüdbarkeit und häufige Bewußtseinstrübungen charakterisieren weiter den allmählichen Rückgang. Ein richtiges schweres Krankheitsgefühl ließ sich auch im letzten Stadium nicht nachweisen. — Zwei Tage nach erfolgter Operation Exitus. Die Sektion ergibt ein stark cystisch degeneriertes Craniopharyngeom.

Fall III.

W. G. 13½ Jahre alt ♂

F. A. weist keine Besonderheiten auf. E. A.: Früher nie ernstlich krank gewesen. Seit etwa ½ Jahr vor der Klinikaufnahme Beginn der jetzigen Beschwerden. Anfallsweise starke Kopfschmerzen, Schwindelgefühl besonders beim Bücken, zeitweise Schwächegefühl in den Beinen. Sehvermögen bedeutend schlechter geworden, zuerst auf dem linken, dann auf dem rechten Auge. Besonders wenig sähe er während der heftigen Schmerzanfälle, die meist in den späten Abendstunden auftraten. Zu gleicher Zeit habe er auch sehr unter Erbrechen zu leiden. In der Schule angeblich bis zum Schluß gut mitgekommen.

Befund: Mittelgroßer Knabe in mäßig gutem Ernährungs- und Kräftezustand. Innere Organe nachweislich o. B. Neurologisch: Schädel druck- und klopfempfindlich, Schettern nicht einwandfrei feststellbar. Die Pupillen reagieren etwas verlangsamt auf Licht und Konvergenz. Kniesehnenreflexe beiderseits gesteigert. Romberg positiv. Das Augenhintergrundsbild zeigt eine sehr starke Stauungspapille bds. (4—5 Diopt). Das Röntgenbild bestätigt den Verdacht auf einen supraselläre gelegenen Tumor.

Psychisches Zustandsbild: Es handelt sich um einen geweckten Jungen, der an allem regen Anteil nimmt, was in seiner Umgebung vor sich geht. Er weiß zwar, daß er krank ist, läßt sich aber dadurch nicht niederdrücken. Er zeigt vielmehr eine strahlende Euphorie und einen beneidenswerten Optimismus. Sagt er doch selbst: „Schlimm genug, daß ich krank bin und im Krankenhaus sein muß. Aber mir noch die Laune verderben zu lassen, das kommt ja gar nicht in Frage!" Auch während der schweren Schmerzzustände, die meist gegen Ende des Tages oder in den frühen Morgenstunden eintreten, bleibt diese Euporie erhalten. Er ist geistig sehr wendig, seine Antworten erfolgen prompt, sind treffend und meist humorvoll gefärbt. Das Schulwissen entspricht seinem Alter, Gedächtnis und Merkfähigkeit sind nicht gestört bis auf ein deutliches Absinken gegen Abend. Auf Station sucht sich der Junge immer irgendeine Beschäftigung, die er gewissenhaft und rasch erledigt. Der Knabe ißt gern und viel, er nimmt seine Mahlzeiten sehr hastig zu

sich. In der weiteren Beobachtungszeit machte sich eine deutliche Gezeitenverschiebung bemerkbar; das Kind schlief meist am Tage, war dagegen in den späten Abend- und Nachtstunden lebhaft und voll lustiger Einfälle. Später war eine allmählich stärker werdende Verlangsamung und Ermüdbarkeit festzustellen im Zusammenhang mit verstärkten Hirndrucksymptomen. (Zeitweise Benommenheit, Erbrechen, Druckpuls.) Aber auch bei diesem verschlechterten Allgemeinbefinden war die Stimmung des Kranken unentwegt optimistisch. Da eine vorgeschlagene Operation seitens der Angehörigen abgelehnt wurde, wurde eine Röntgentiefenbestrahlung in Vorschlag gebracht und auch angenommen. Nach Angaben der Eltern geht es dem Knaben ganz gut. Er hilft mit in der Wirtschaft (Vater ist Landwirt) „nur geht es nicht mehr so fix wie früher". „Daß er traurig oder gedrückt sei, kann man gerade nicht sagen. Es tut uns oft weh, ihn so lustig zu sehen, wo man doch weiß, daß es aussichtslos mit ihm steht . . . Mit dem Denken geht es nicht mehr so richtig. So gibt er manchmal so komische Antworten, aus denen wir uns gar nichts machen können. Auch die Arbeit bringt er manchmal nicht so recht zuwege. In die Schule geht er nur noch selten, die macht ihm nicht mehr so viel Spaß wie früher. Die Krämpfe sind in der letzten Zeit wieder häufiger aufgetreten, meistens in der Nacht." — —

Fall IV.

G. B. 12 Jahre alt ♂

F. A. und E. A. ohne Besonderheiten. Seit einem Vierteljahr deutliches Zurückgehen in den Schulleistungen, besonders im Rechnen. Zu gleicher Zeit Klagen über heftige Kopfschmerzen, die besonders stark gegen Abend auftraten. Trotz ärztlicher Behandlung keine Besserung. Sehvermögen angeblich nicht verschlechtert. Von der Mutter sind einige „kleine Ohnmachtsanfälle mit Zuckungen" beobachtet worden.

Befund: Mittelgroßer Knabe in sehr gutem Ernährungs- und Kräftezustand. An den inneren Organen keine Besonderheiten. Neurologisch: Kopf besonders rechts in Scheitelhöhe druck- und klopfschmerzhaft. Deutliche Astereognosie links. Patellar- und Achillessehnenreflexe links etwas lebhafter wie rechts. Pathologische Reflexe nicht einwandfrei auslösbar. Gang leicht spastisch-ataktisch. Augenhintergrundsbild: Beiderseits beginnende Stauungspapille. Röntgenbild zeigt bis auf einen beginnenden Druckschädel keine Besonderheit.

Psychisch: Stiller ruhiger Junge, der sich ziemlich für sich hält. Auf Fragen gibt er bereitwillig und freundlich Antwort. Auffallend ist die dabei zum Ausdruck kommende Langsamkeit und Schwerbesinnlichkeit. Sprache und Ausdruck sind langsam und umständlich. Die Stimmung des Kindes zeigt keine besondere Färbung. Er steht jeder Situation mit einer irgendwie hilflos wirkenden Freundlichkeit gegenüber. Von seiner Erkrankung ist er sichtlich nicht stark beeindruckt. Die Prüfung des Schul- und Allgemeinwissens ergibt keine besonderen Lücken. Es geht nur alles sehr langsam. Die Schwerbesinnlichkeit kommt hier durch Bemerkungen von seiten des Jungen wie z. B. „Einen Augenblick, das fällt mir schon noch ein" oder „Ja, das haben wir in der Schule auch gehabt, ich komme jetzt nur nicht darauf!' und „Das hab' ich doch eben noch gewußt!" klar zum Ausdruck. Im Laufe der klinischen Beobachtung trat zusammen mit zunehmenden Kopfschmerzen und Erbrechen auch eine zunehmende Verschlechterung des psychischen Zustandes ein. Der Knabe wurde rasch apathischer und nur sehr wenig ansprechbar. Bis zum Schluß

äußerte er aber keinerlei schweres Krankheitsempfinden. Kurze Zeit nach der vorgenommenen Paliativoperation kam das Kind ad exitum. Die Sektion ergab ein Glioblastom des rechten Scheitellappens.

Fall V.

H. B. 14 Jahre alt ♂

F. A. Ohne Besonderheit. Aus der eigenen Anamnese wäre folgendes zu erwähnen: Zwei Jahre vor der jetzigen Klinikaufnahme quälende Kopfschmerzen, vor allem über den Augen, starke Verschlechterung des Sehvermögens. Nach Angaben der Eltern ist das Kind schon damals ihnen etwas „anders" vorgekommen. Es wurde damals bereits ein raumbeengender Prozeß in der vorderen Schädelgrube diagnostiziert. Eine von der Nase aus vorgenommene Punktion des fraglichen Tumors ergab eine bernsteinhelle Flüssigkeit. Nach diesem Eingriff bedeutende Besserung des Sehvermögens und der Kopfschmerzen. Wie der Knabe selbst angibt, ging das Denken und Besinnen zu dieser Zeit wieder bedeutend besser. In den letzten Wochen erneute Verschlimmerung des gesamten Zustandsbildes.

Befund: Kräftiger Junge. Innere Organe o. B. Neurologisch: Bis auf eine erhebliche Schmerzhaftigkeit des Kopfes keine Abweichungen von der Norm. Der Augenhintergrund zeigt eine starke Stauungspapille bds. mit beginnender sekundärer Atrophie. Das Röntgenbild ergibt eine scharf begrenzte rundliche Aufhellung in der vorderen Schädelgrube. Verdacht eines stark cystisch entarteten Craniopharyngeoms oder eines Cysticercus.

Psychisch handelt es sich um einen auffallend euphorisch gestimmten Knaben mit starker motorischer Unruhe. Er ist sehr interessiert an allem, was in seiner Umgebung vor sich geht, gibt auf Fragen kurze, aber richtige Antworten. Ein schweres Krankheitsgefühl besteht nicht, äußert er sich doch sehr originell wie folgt: „Krank bin ich eigentlich nicht. Ich habe so was wie eine Blase im Gehirn, die soll wieder von der Nase aus aufgestochen werden." — Zu erwähnen wäre eine deutliche Verlangsamung im Gedankenablauf und eine Schwerbesinnlichkeit. Beschäftigt man sich längere Zeit mit ihm, ermüdet der Kranke sichtlich rasch. Die früher sicher guten Schul- und Allgemeinkenntnisse des Jungen weisen große Lücken auf. Besonders das Rechnen macht sehr viel Schwierigkeiten. Auch das Gedächtnis ist — was Zahlen anbelangt — stark eingeengt. Bis zu seiner Operation änderte sich der Knabe psychisch nicht wesentlich. Kurz nach der Operation (angegangen wurde der Tumor durch Eröffnung des Schädels) Exitus. Sektion ergibt einen Cysticercus des Frontalhirns.

Fall VI.

G. H. 14 Jahre alt ♂

F. A. ohne Besonderheiten. E. A. bis auf Scharlach und Keuchhusten angeblich nie krank gewesen. In der Schule gut gelernt, stets Zweiter gewesen. Seit einem halben Jahr Beginn der jetzigen Erkrankung mit immer heftiger werdenden Kopfschmerzen oberhalb der Augen und im Hinterkopf. Zunehmende Abnahme des Sehvermögens beider Augen. Häufiges Erbrechen ohne Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme. Der zunächst auftretende Verdacht einer Nierenerkrankung bestätigte sich nicht.

Befund: Kaum mittelgroßer Junge mit infantilem Habitus. Innere Organe nachweislich o. B. Neurologisch: Kopf sehr druck- und klopfempfindlich. Patellar- und Achillessehnenreflexe sehr lebhaft. Romberg positiv, Fallneigung nach rechts. Augenhintergrundsbild zeigt rechts eine Stauungspapille von 4,5 und links von 4 D. Röntgenbild: Deutliche Nahtsprengung, deutliche Impressiones digitatae. Die Verdachtsdiagnose lautet: Tumor der hinteren Schädelgrube rechts.

Psychisches Bild: Es handelt sich um einen sehr geweckten und aufmerksamen Jungen, der mit sichtlichem Interesse auf alles eingeht. Seine Antworten erfolgen zu Anfang der Unterhaltung ohne jede Verzögerung. Bei längerer Dauer eines Gespräches ermüdet er, die Antworten erfolgen verlangsamt und treffen nicht mehr den eigentlichen Sinn der Frage. Er empfindet das auch selbst, wenn er sagt: „Wenn ich längere Zeit hintereinander aufpassen und reden soll, da fängt mir der Schädel an zu brummen, und da geht's nicht mehr so, wie ich gern möchte." Bemerkenswert ist ein erhebliches Nachlassen der psychischen Leistungsfähigkeit gegen Abend. — Trotz des schlechten Sehvermögens ist der Junge dauernd unterwegs, um sich irgendwie nützlich zu machen. In jeder Weise bemüht er sich um die schwerkranken Patienten, schüttelt ihnen die Kopfkissen auf, füttert sie und hat für jeden ein Scherzwort bereit. Seinem eigenen Leiden steht er durchaus hoffnungsfroh gegenüber. „Ich hoffe bestimmt bald wieder hier herauszukommen. Wir haben bei uns zu Hause doch eine Hochzeit, da ist es doch Ehrensache, daß ich dabei bin. Um meinen Anteil beim Weihnachts- und Verlobungskuchen bin ich schon gekommen, da muß ich mich doch schadlos halten!" Auch bei den sehr starken Kopfschmerzen, die fast allabendlich über ihn herfallen, verliert er nie ganz seine Euphorie. Im weiteren Verlauf des Krankheitsprozesses verschlechterte sich der Zustand, es traten sich häufende Absencen auf und fast unstillbares Erbrechen. Die Verlangsamung und rasche Ermüdbarkeit nahmen zu, der Optimismus und die Euphorie blieben bis zum Tage der Operation unvermindert bestehen. Kurz nach dem Eingriff Exitus durch Atemlähmung. Die Sektion ergab ein Astrocytom des Kleinhirns rechts.

Zusammenfassung: Im Gegensatz zu hirntumorkranken Erwachsenen zeigen Kinder mit Hirntumoren bis auf wenige Ausnahmen folgende Charakteristica:

a) Eine hinsichtlich der Schwere der Erkrankung auffallend gehobene Stimmungslage, die von einer regen Betriebsamkeit begleitet wird. Diese Stimmungslage bleibt in etwa drei Vierteln der Fälle bis zu dem jeweiligen Eingriff erhalten.

b) Krankheitseinsicht und -bewußtsein fehlen in den meisten Fällen.

c) Auffassung, Gedankenablauf, Gedächtnis und intellektuelle Fähigkeiten sind oft über lange Zeit nicht gestört, die psychischen Leistungen zeigen allerdings häufig eine deutliche Verschlechterung gegen Abend. Erst in den letzten Stadien der Erkrankung unter dem

Einfluß ständig sich steigernden Hirndrucks machen sich in einem Teil der Fälle Verlangsamung und rasche Ermüdbarkeit bemerkbar. Die ersten Störungen zeigen sich im Umgang mit Zahlen.

d) Es besteht in vielen Fällen eine gewisse triebhafte Enthemmung, die sich in gierigem, oft formlosen Essen äußert.

e) Bei einer ganzen Reihe von Kindern zeigt sich eine deutliche zeitliche Verschiebung des Schlafbedürfnisses.

Mädchen jenseits des 14. Lebensjahres zeigen entsprechend ihrer früheren psychischen Reife bereits die depressive Stimmungslage, die Verlangsamung und Schwerbesinnlichkeit sowie das Krankheitsgefühl der Erwachsenen.

Schrifttum

H. Altenburger: Die raumbeengenden Krankheiten im Schädelinneren. In: G. v. Bergmann und R. Staehelin, Handbuch der inneren Medizin. V/1, 571—610 Springer, Berlin, 1939.

Babonneix, L.: Contribution à l'étude des tumeurs cérébrales chez l'enfant. Arch. Méd. Enf. 40, 761—778, 1937. Ref. Zbl. Neur. 89, 83 (1938).

Bailey, Percival, Douglas N. Buchanan und Paul C. Bucy: Über die Behandlung intracranieller Tumoren im Kindesalter. Nervenarzt. 12, 1 (1939).

Bostroem: Die verschiedenen Lebensabschnitte in ihrer Auswirkung auf das psychische Krankheitsbild. Arch. f. Psychiatr. 107. 155 bis 171 (1937).

— Vortrag auf der Badener Versammlung 1929 über die psychischen Störungen bei Hirntumoren. Dtsch. Z. Nervenheilk. 109, H 3—6, 162 (1929).

Braune, B.: Hirntumoren beim Säugling. Arch. f. Kinderkeilk. 112, 193—202 (1937).

Bumke: Handbuch der Geisteskrankheiten VII, 483—522. Springer, Berlin, 1928.

Foerster, O.: Über die Wechselbeziehungen von Herdsymptomen und Allgemeinsymptomen beim Hirntumor. Verh. dtsch. Ges. inn. Med. 458—485 (1938) Ref. Zbl. Neur. 91, 236 (1939).

Kruse, Karl: Großhirntumoren bei Kindern. Diss. Würzburg 1937.

Lange, J., und Bostroem, A.: Kurzgefaßtes Lehrbuch der Psychiatrie. Thieme, Leipzig, 1939.

Müller, Walter: Hirntumoren im Kindesalter. Dtsch. Med. Wschr. 65, 18 : 705 (1939).

Pette, H.: Klinik der Hirngeschwülste. Z. Neur. 161, 10—69 (1938).

Tonnis, W., und K. J. Zülch: Das Ependymom der Großhirnhemisphären im Jugendalter. Zbl. Neurochir. 2, 141—164 (1937). Ref. Zbl. Neur. 87, 397 (1938).

Vjazemsky, N. M.: Das Syndrom der Euphorie bei Hirntumoren und seine lokaldiagnostische Bewertung. Nevropat. i. t. d. 7, Nr. 4, 86—98 (1938) russisch. Ref. Zbl. Neur. 91, 264 (1939).

Werner, Traute: Zur Frage des Visusverfalles bei Gliomen mit hochgradigem Hydrocephalus internus und Liquormetastasen. Dtsch. Z. Nervenheilk. 145, 266—274 (1938).

Lebenslauf.

Am 28. Juni 1914 wurde ich als Tochter des Stadtbaumeisters Hermann Ochsenfahrt zu Neustadt in Oberschlesien geboren. Ich bin reichsdeutscher Staatsangehörigkeit und katholischer Religion.

Nach neunjährigem Besuch des staatlichen humanistischen Gymnasium zu Neustadt-Oberschlesien bestand ich Ostern 1933 daselbst die Reifeprüfung. Anschließend studierte ich an der Schlesischen Friedrich-Wilhelm-Universität zu Breslau Medizin und bestand daselbst 1935 das Physikum und 1938 das medizinische Staatsexamen mit „gut". Danach war ich als Medizinalpraktikantin an der Medizinischen Universitätsklinik zu Breslau (1. 1. bis 30. 4. 39) und an der sächsischen Landesanstalt Großschweidnitz (1. 5. bis 30. 9. 39) tätig. Auf Grund der Übergangsbestimmungen zur neuen Bestallungsordnung wurde mir ein Teil der Famulantenzeit auf das Praktische Jahr angerechnet und ich erhielt bereits zum 1. 10. 39 die reguläre Bestallung als Arzt. Seit diesem Zeitpunkt bin ich als Hilfsärztin an der Landesanstalt Großschweidnitz tätig.

Zugleich möchte ich an dieser Stelle Herrn Dozenten Dr. Wagner für die Überlassung des Themas und die mir zuteil gewordene freundliche Unterstützung sowie die vielen wertvollen Anregungen bestens danken.